

Ректору НОЧУ ВО
«Кубанский медицинский институт»
профессору Перову Ю.М.
отчисленного(-ой) из числа студентов
___ курса стоматологического факультета
специальности 31.05.03 Стоматология

Заявление

Прошу Вас восстановить меня в число студентов _____ курса
_____ факультета с « ___ » _____ 20__ г.

Дата _____

Подпись _____

Телефон _____

ФИО и тел. родителей (по желанию) _____
